

11209

41

2ej



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Instituto Mexicano del Seguro Social

"MORBI-MORTALIDAD EN EL TRATAMIENTO  
QUIRURGICO DE LA COLECISTITIS CRONICA  
LITIASICA AGUDIZADA, EN ETAPA TEMPRANA  
Y TARDIA"

T E S I S

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE  
CIRUGIA GENERAL

PRESENTA

Dr. Eco. Manuel González Sánchez Rubio



I. M. S. S.

Ciudad Obregón, Sonora

Enero 1990

FALLA DE ORIGEN



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

1.....	INTRODUCCION.
3.....	OBJETIVOS.
4.....	MATERIAL Y METODOS.
5.....	RESULTADOS.
6.....	DISCUSION.
7.....	CONCLUSIONES.
8.....	GRAFICAS.
10.....	BIBLIOGRAFIA.

## INTRODUCCION:

La litiasis biliar es un padecimiento muy común en países desarrollados, por ejemplo, en los Estados Unidos se estima - que 20 millones de personas tienen cálculos biliares, efectúándose aproximadamente 500 mil colecistectomías por año y - 10,000 muertes relacionadas a la misma.(1)

Durante los últimos 15 años se ha investigado sobre la -- formación de los cálculos biliares y su disolución, pero aún -- hace falta más información sobre la prevención de la enfermedad.

Se han descrito cálculos de colesterol en momias chilenas desde el siglo II y III D.C., también hay descripciones de -- cálculos en las vías biliares en manuscritos griegos en el -- siglo V D.C. y en persas en el siglo X D.C., Berzelius en --- 1809 fue el primero en reconocer una fracción ácida en la biliaris, la idea de disolver cálculos biliares atrajo interés -- cuando Durande, en 1782, describió el uso de trementina para -- la disolución de cálculos biliares in-vitro; Hawker en 1897 - describió la disolución de cálculos biliares por medio de infusión de éter y glicerina, y otros autores investigaron diferentes sustancias como el éter y el cloroformo sin tener éxito.(1).

Petit (1674-1750), fue el primer cirujano que comentó ampliamente y por primera vez las condiciones inflamatorias de la vesícula biliar debidas a cálculos y estableció las primeras indicaciones para la colecistectomía; Bobbs en 1866 realizó la primera laparotomía formal para colecistectomía en -- los Estados Unidos y 10 años más tarde Sims y Kocher efectuaron una colecistectomía exitosa e hicieron promoción de la -- cirugía (1).

Antes de la era de los antibióticos había una morbilidad por infección del 10.3% (6) y posteriormente la tasa disminuyó al 3.6%.

Como ya se ha establecido en diferentes estudios el 85 -- al 95% de los procesos inflamatorios vesiculares se acompañan de cálculos, sin precisar si ésto representa la causa o el efecto (1).

En la colecistitis crónico-litiásica agudizada se han propuesto diferentes tipos de manejo, dentro de los cuales se -- mencionan la colecistectomía temprana (<48 hrs.), y la colecistectomía tardía o en forma electiva posterior a la resolución del cuadro agudo.

En 1970 W. Van Der Linden en su estudio llegó a la conclusión de que la colecistectomía en etapa temprana es el tratamiento de elección para la colecistitis crónica agudizada, observando un aumento en la tasa de morbi-mortalidad, aunque en un rango no significativo en comparación con la colecistectomía realizada en forma tardía, observando como única ventaja la reducción de la estancia hospitalaria (5).

Addison demuestra que la técnica quirúrgica no representa más dificultades en el proceso agudo, ya que, incluso, la dissección vesicular puede llevarse a cabo más fácilmente (3).

Algunos autores no aceptan el manejo en forma temprana ya que muchas veces el diagnóstico no se realiza en forma exacta sin embargo, ésto tiende a desaparecer con el advenimiento de nuevos estudios auxiliares de diagnóstico, tales como el ultrasonido y estudios radiográficos contrastados, llegando a una exactitud diagnóstica del 90 al 97% (6,9,11).

Se ha reportado que en los pacientes a los que se administran antibióticos en forma pre-operatoria presentan una tasa de infección muy baja (6).

**OBJETIVO:**

---Conocer la tasa de infección y grado de complicaciones en la\_ colecistectomía realizada en - forma temprana y tardía en la\_ colecistitis crónica litiásica agudizada.

#### MATERIAL Y METODOS:

Se estudiaron 104 pacientes admitidos en el servicio de Urgencias del Centro Médico Nacional del Noroeste, IMSS en Cd. Obregón, Sonora, México, durante un período comprendido entre enero-1989 a noviembre-1989, con diagnóstico de colecistitis crónica agudizada. El estudio es retrospectivo, observacional y transversal, obteniéndose los datos a través del expediente clínico facilitados por el Archivo.

Las variables que se estudiaron fueron: edad, sexo, fecha de inicio del padecimiento, fecha de cirugía, tipo de operación efectuada, enfermedades sistémicas concomitantes, intervalo entre el diagnóstico del cuadro agudo y la cirugía, y si la cirugía se efectuó en forma temprana (<48 hrs.) o tardía.

Todos los pacientes fueron valorados por el cirujano en turno y/o residentes del servicio, realizándose el diagnóstico clínicamente y verificándose por estudios radiológicos, -- ultrasonográficos y transoperatorios. Se excluyeron aquellos pacientes con ictericia y en los que existía duda diagnóstica.

## RESULTADOS:

Se estudiaron 104 pacientes en el C.M.N.N.O., 82 del sexo femenino y 22 del sexo masculino, con un rango de edad de 18 a 81 años, con promedio de 49.5 años, se realizaron un total de 48 colecistectomías en forma temprana (<48 hrs.) que representan el 46% y 56 en forma tardía (>48 hrs.) con 54%, grupos I y II respectivamente.

En el grupo I se efectuaron 44 colecistectomías simples y 4 con exploración de vías biliares. En el grupo II se efectuaron 55 colecistectomías simples y 1 con exploración de vías biliares.

### GRUPO I:

Se observó una tasa de morbilidad del 10.3%, representado por 4 infecciones en herida quirúrgica y un paciente con flebitis.

Los hallazgos quirúrgicos fueron 39 con inflamación vesicular aguda (81.25%), 6 hidrocolecistos (12.5%), 2 empiemas vesiculares (4.16%) y 1 paciente con colangitis (2.08%).

Nueve pacientes presentaban enfermedad sistémica concomitante, 4 pacientes con hipertensión arterial sistémica, 2 pacientes con bronquitis crónica, 1 paciente con infarto agudo miocárdico, 1 paciente con pancreatitis y 1 paciente con bloqueo de rama derecha del Haz de His.

### GRUPO II:

Se observó una tasa de morbilidad del 3.57%, representado por 2 infecciones en herida quirúrgica.

Los hallazgos quirúrgicos fueron 55 pacientes con inflamación vesicular crónica (98.21%) y un paciente con adenocarcinoma vesicular.

Ocho pacientes presentaron enfermedad sistémica concomitante, 4 con diabetes mellitus, 2 con hipertensión arterial sistémica, 1 con artritis reumatoide y 1 con bloqueo A-V completo.

DISCUSION:

En el presente estudio observamos que en nuestro medio se realizan colecistectomías en forma temprana y forma tardía -- para el tratamiento de la colecistitis en porcentajes similares.

Observamos una tasa de morbilidad en el grupo I marcadamente elevada comparada con las grandes series de la literatura mundial en las cuales es de 3.8%, aclarando que en estas se utilizaron antibióticos profilácticos.(5,6,8,11).

En el grupo II la tasa de morbilidad fue similar a lo reportado en la literatura consultada.

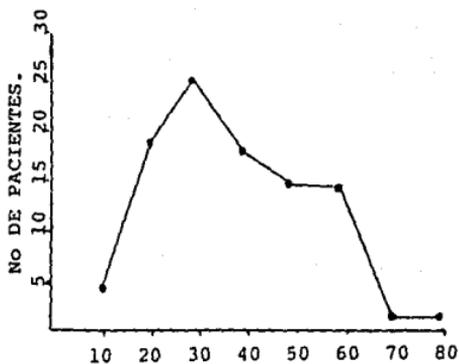
No se reportó ningún deceso por lo que nuestro estudio -- presenta una tasa de mortalidad similar a otras series.

**CONCLUSIONES:**

El presente estudio fué realizado en forma retrospectiva, con el fin de analizar los diferentes tratamientos quirúrgicos para la colecistitis crónica agudizada, siendo éstos: colecistectomía en forma temprana y en forma tardía.

En los pacientes del grupo I se encontró un marcado aumento de la morbilidad (10.3%) comparado con el grupo II(3.57%), observando una frecuencia en la realización de los 2 tipos de cirugía muy similar (48 vs. 56). En el grupo I se realizaron 4 exploraciones de vías biliares como procedimiento quirúrgico agregado. En el grupo II unicamente se realizó una exploración de vías biliares, lo cual aumenta considerablemente la morbilidad post-operatoria.

En nuestra opinión, las colecistectomías realizadas tempranamente para el tratamiento de la colecistitis crónica litiasica deberán ser más seleccionadas, tomando en cuenta el diagnóstico presuntivo y las enfermedades sistémicas concomitantes de los pacientes, con el propósito de disminuir el índice de morbilidad.



DECADA DE LA VIDA.

EDAD DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS.

<u>OPERACION</u>	<u>NUMERO</u>	<u>E.V.B</u>	<u>INFECCION</u>	<u>OTROS</u>	<u>TOTAL</u>
TEMPRANA	48	4	4	1°	5
TARDIA	55	1	2	0	2

° FLEBITIS.

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN OPERACIONES PARA COLECISTITIS  
AGUDA.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

BIBLIOGRAFIA:

1. Schwarts Seymour. Patologia quirurgica. 2a ed. Mexico. D.F La Prensa Medica Mexicana, 1986.
2. Van Der Linden W, MD, H. Sunzel, MD. Early versus Delayed Operation for Acute Cholecystitis. Am. J Surg. 1970; 120: 9-12.
3. Addison V. & Finan J. Urgent and Early Cholecystectomy for acute gallblader disease. Br J of Surg. 1988; 75: 141-143.
4. C. Saltzstein Edward, Jack B. Peatcock and C Mercer Leo.-- Early Operation for Acute Biliary Tract Stone Disease. Surg 1983; 94: 704-707.
5. Van Der Linden W. and Gunnar Edlund. Early versus Delayed Cholecystectomy: The effect of a change in Management. Br J Surg. 1981; 68: 753-757.
6. A. Garibaldi Richard. et al. Postcholecystectomy Wond Infection. Ann Surg. 1986; 204: 650-654.
7. J. Jarvinen, Hastbacka Junno. Early Cholecystectomy for Acute Cholecystitis. Ann Surg 1980; 191: 501-505.
8. S. Norby. P. Herlin, et. al. Early or delayed Cholecystectomy in Acute Cholecystitis? A clinical trial. Br. J Surg. 70:163-165.
9. A. Nancy Diettrich. C Cacioppo John, P. Davis Robert. The Vanishing Elective Cholecystectomy. Arc Surg. 1988; 123:-- 810-814.
- 10.P. Pigott John and B. Williams Gary. Cholecystectomy in Elderly. Am J. Surg. 1988; 155: 408 -410.
- 11.B. Ganey Joseph, et al. Cholecystectomy: Clinical Experience With a Large sereies. Am J. Surg 1986; 151:352-357.